

# Grille de réponses OT'hope

## Activités de Vie Quotidienne

NOM DE L'ENFANT: .....

.....

NOM DU THERAPEUTE : .....

DATE : .....

OBJECTIFS CHOISIS PAR L'ENFANT:





1. ....





2. ....





3. ....

4. ....

5. ....

Moi, je sais faire...			
 OUI	 OUI, avec aide	 Pas très bien	 NON

Items	Colonnes				
	1 	2 	3 	4 	
<b>Productivité :</b>					
Balayer					
Compter mon argent					
Cuisiner					
Enlever la poussière					
Etendre le linge					
Faire la lessive					
Faire la vaisselle					
Faire mon lit					
Mettre la table / débarrasser					
Passer l'aspirateur					
Plier le linge					
Ranger ma chambre					
Repasser					
S'occuper des animaux					
Sortir la poubelle					
Utiliser le micro-ondes					
Vider le lave-vaisselle					

Items	Colonnes				
	1 	2 	3 	4 	
<b>Soins personnels</b>					
Aller aux WC					
Couper ma viande					
Dormir					
Eplucher un fruit					
Faire mes lacets					
Fermer mon manteau					
Gérer mon hygiène féminine					
M'épiler					
Manger/boire					
Me brosser les dents					
Me coiffer					
Me doucher					
Me faire une tartine					
Me laver le visage					
Me laver les mains					
Me maquiller					
Me moucher					
Me raser					
Me réveiller seul					
Mettre mes bijoux					
Mettre mes boutons					
Mettre mes chaussures					
Mettre/enlever mes vêtements					
Servir un verre d'eau					
<b>Déplacements</b>					
Me déplacer à roller/skate/ trottinette					
Me déplacer à vélo					
Utiliser les transports en commun					
<b>Gérer ma sécurité</b>					
Appeler les parents					
Appeler les secours					
Attacher ma ceinture					
Mettre mes protections					
Mettre mon casque					
Traverser la rue					
Utiliser une clé, un cadenas					